

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 487

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Elie BONTZOLAKIS

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Novembre 1907, à LA CANÉE (Crète)

SYPHILIS TRAUMATIQUE
VISCÉRALE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Elie BONTZOLAKIS

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Novembre 1907, à LA CANÉE (Crète)

SYPHILIS TRAUMATIQUE VISCÉRALE

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	Maur. VILLARET.
	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FÉY	Urologie.	LABBE Henri..	Chimie biologique
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOL..	Obstétrique.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
D'ALLAINES.			



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

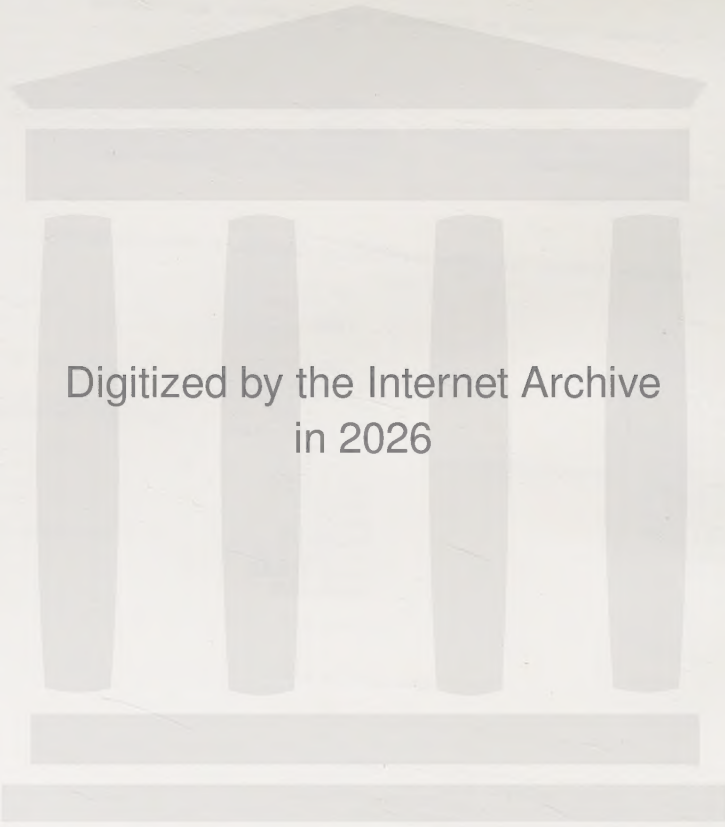
MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
N	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Notre Président de Thèse
Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine

*Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A mon Maître
Monsieur le Docteur BASCH

Médecin de l'Hôpital Tenon

Dont je suis heureux d'avoir suivi l'enseignement pendant mon externat, qui a bien voulu m'inspirer et m'aider dans la réalisation de cette thèse, en témoignage de ma respectueuse gratitude.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Stages

MM. les Professeurs LABBE.
LEJARS (*in memoriam*).
FIESSINGER.

Externat

MM. les Professeurs P. DELBET.
LEVEUF.
HEITZ-BOYER.

MM. les Docteurs HAUTANT.
LEMELAND.
BASCH.
BLOCH.

MM. les Docteurs P. E. WEIL.
SORREL.
RICHARD.

INTRODUCTION

Dans cette Faculté de Paris, plusieurs thèses déjà ont pris pour sujet « la Syphilis traumatique ». La première, de Louis-Henri Petit, en 1875, était un hommage à Verneuil, dont les idées sur le retentissement du trauma en terrain infecté, ont, dans ce domaine particulier, suscité les premières études. Nous citerons pour l'intérêt de leur documentation, la thèse de Mme Madeleine July, en 1925, celle de Gaston Eliet, inspirée par Milian, l'année suivante.

Mais ces travaux se sont strictement limités aux syphilis traumatiques superficielles (tégumentaires, osseuses, articulaires), laissant seulement entrevoir comme un champ d'étude inexploré, les syphilis traumatiques profondes.

Il est vrai que la syphilis traumatique viscérale est rare ; il est vrai qu'il y a peu d'années encore, elle était très discutée : n'avons-nous pas vu de grands syphiligraphes nier l'existence même de fungus du testicule après orchite traumatique, classiques aujourd'hui ? C'est que beaucoup de cas, parce que les tests de spécificité manquaient, ne pouvaient faire leurs preuves.

Aujourd'hui, la recherche systématique de réac-

tions humorales, le traitement suivi et minutieusement contrôlé, l'observation des malades pendant une longue période, pendant toute leur vie s'il le faut, jusqu'après la mort même, jusqu'à l'épreuve de l'autopsie, ont apporté des cas indiscutables, et la dispute des auteurs ne vise plus le fait reconnu, mais ses modalités.

A cette étude si attachante de la spécificité splachnique traumatique, nous voudrions apporter notre contribution.

DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET

Si la définition de la « Syphilis traumatique viscérale » exige d'abord celle des trois termes : « syphilis », « traumatisme », « viscère », on nous pardonnera de rappeler, avec Littré, que les viscères comprennent tous les organes que renferment les cavités du corps, et de préciser le sens du mot « traumatisme ».

Le trauma, c'est la blessure, la lésion locale ; le traumatisme, pris souvent à tort comme synonyme, c'est l'ensemble des troubles occasionnés par le trauma, suivant Verneuil « l'état général particulier créé de toutes pièces par l'action d'une violence externe sur notre organisme ».

C'est ainsi — pour justifier notre définition par un exemple que nous citerons plus loin — qu'un traumatisme d'un membre, non en tant que trauma local, mais par le traumatisme général qu'il crée, pourrait déterminer une paralysie générale chez un syphilitique.

Au cours de notre étude, nous étendrons la notion du traumatisme, défini encore par Verneuil comme

un désordre accidentel, au traumatisme obstétrical ; au traumatisme chirurgical, c'est-à-dire au choc opératoire, et au traumatisme psychique, c'est-à-dire au choc émotif.

La syphilis traumatique viscérale, c'est *l'aggravation d'une syphilis viscérale à l'occasion d'un traumatisme*, syphilis viscérale manifeste ou latente, donc, dans le second cas, la *révélation d'une syphilis ignorée*, ou la *localisation d'un processus syphilitique diffus au siège du traumatisme viscéral*, « *locus minoris resistentiae* », que ce processus soit antérieur ou postérieur au traumatisme.

La syphilis traumatique n'apparaît pas à un moment quelconque de la diathèse luétique : elle n'existe pas à la période primaire ; on la voit à la période secondaire, à la période tertiaire avec une fréquence majeure et, plus rarement, dans la syphilis héréditaire.

Tous les viscères peuvent être le siège d'un processus syphilitique post-traumatique ; mais par leur situation même, certains organes sont plus que d'autres exposés au trauma, plus fréquemment atteints. On connaît le nombre des blessures du crâne, des lésions cérébrales, accidents du travail ou de la rue ; ce sont aussi des traumatismes craniens, ces traumatismes obstétricaux auxquels nous faisons allusion. Le névraxe sera donc souvent touché, et c'est la syphilis traumatique du système nerveux que nous considérerons en premier lieu.

Les testicules sont, de tous les viscères, les moins

protégés, les plus fragiles en même temps : on nous permettra bien de remarquer, en passant, combien il est curieux de constater, pour qui veut assigner une finalité aux faits vitaux, que le long processus embryologique qui aboutit à la migration des testicules dans les bourses, fait des glandes génitales les plus vulnérables des organes humains.

C'est la révélation d'un cas de syphilis traumatique testiculaire, porté à notre connaissance par notre Maître Basch, qui nous a conduit à la conception d'ensemble de cet ouvrage. Et nous nous permettons d'insister sur cette observation centrale qui a été, au cours de notre étude, comme l'élément directeur, où les examens de laboratoire viennent étayer les faits cliniques, garantie qu'on est en droit d'exiger d'une observation « princeps », d'une de ces observations qui offrent une base solide aux discussions, guident les recherches ultérieures et permettent le travail fécond.

L'atteinte des autres organes est plus rare, bien que le traumatisme chirurgical lui redonne de l'importance.

Peu d'observations ont été publiées concernant le poumon, le cœur, le foie, la rate, le rein. C'est pourquoi nous nous arrêterons surtout sur la belle observation de syphilis pulmonaire post-traumatique, publiée par Gougerot, qui, sur ce point, est à l'heure actuelle, la plus complète de la littérature.

La pathogénie de la syphilis traumatique divise encore les auteurs ; nous rappellerons les théories clas-

siques en essayant de montrer comment les observations que nous apportons semblent les justifier ou les infirmer.

Enfin, l'importance des séquelles qu'un traumatisme peut entraîner chez un spécifique pose un grave problème de médecine légale : à une époque où l'avis du praticien est souvent précieux en matière juridique, nous voudrions, en terminant, montrer l'intérêt que tout médecin doit attacher à ces faits auxquels la rareté même confère une valeur plus grande, et l'importance de sa décision pour l'avenir social des malades.

SYPHILIS TRAUMATIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

Il nous faut étudier successivement : le tabes traumatique, dont relèvent les faits les plus nombreux, les plus solidement établis ; la paralysie générale traumatique, qui groupe de nombreux cas encore, mais quelquefois moins convaincants ; les diverses syphilis nerveuses traumatiques, autour desquelles on rassemble les observations éparses.

Puis nous envisagerons le retentissement possible, sur une syphilis nerveuse, du traumatisme chirurgical, du traumatisme obstétrical, et, considérant ce dernier à un point de vue tout différent, son retentissement non plus chez la mère, mais chez l'enfant.

Enfin, nous indiquerons des cas qui mettent en cause le traumatisme psychique.

I - LE TABES

Nous négligerons les premières discussions que la question fit naître : elles datent de l'époque pré-sérologique de la syphilis. Parler de tabes « traumatique pur », « d'ataxie traumatique pure », comme on le faisait il y a soixante ans, c'était admettre, à l'étio-

logie du tabes, la possibilité d'une autre cause que la syphilis, précisément le traumatisme. Suivant l'expression de Pierre Marie, on prenait l'effet pour la cause.

Au début du siècle, Hamilton indique que la différenciation essentielle qu'il faut faire entre les pseudotabès consécutifs à des traumatismes de la colonne vertébrale — les seuls qu'un traumatisme pur, par une lésion des cordons postérieurs, puisse réaliser — et les tabes vrais ; il caractérise les « syndromes tabétiques » par leur début plus rapide, leur évolution plus irrégulière, surtout par l'absence de troubles pupillaires, de ce signe d'Argyll-Robertson dont Déjerine venait de montrer la valeur séméiologique.

Mais chez un syphilitique, un traumatisme peut-il déterminer un tabes ?

A peu près à la même date, entre les deux théories, les deux attitudes plutôt, que les auteurs allemands — qui seuls depuis quelque temps s'attachaient au problème — avaient adoptées, la première de négation, la seconde d'affirmation, Thoinot opte pour une théorie mixte, qui bien souvent dans des disputes de ce genre, comporte la plus grande part de vérité ; et le point de vue qu'il défendit est encore admis aujourd'hui. Thoinot conclut « qu'un traumatisme ne peut créer de toutes pièces un tabes, mais tout au plus démasquer un tabes latent et, jusqu'à un certain point, produire quelques symptômes tabétiques ».

Quelques années après, étudiant les traumatismes survenant au cours du tabes, Gauraud note l'exacerbation des phénomènes douloureux, l'apparition de troubles trophiques, de phénomènes ataxiques ; Courtois-Suffit et Bourgeois insistent sur la production d'arthropathies, la détermination de fractures spontanées. Et en 1913, c'est la publication du travail décisif de Duvoir.

Dans la première partie de son travail, Duvoir rejette définitivement, comme insoutenable, anticlinique, anti-expérimentale, la théorie du tabes provoqué par un trauma.

Dans la seconde partie, il met au point les observations antérieures et il pose des lois générales : il affirme « qu'un traumatisme périphérique ne peut, en définitive, aggraver, de quelque façon que ce soit, les lésions radiculo-médullaires qui caractérisent le tabes, mais à une action purement locale susceptible de mettre en évidence certains symptômes, tels que les douleurs et l'ataxie, et de localiser, dans certains cas, les complications ostéo-arthropathiques » ; il déclare que « le traumatisme des centres nerveux — il entend par là une contusion ou une commotion céphalo-rachidienne — peut entraîner une aggravation vraie d'un tabes déjà constitué et, par là même, démasquer l'existence d'un tabes à manifestations atténuées », le faire « passer de sa phase histologique à sa phase clinique ».

Les observations de guerre allaient confirmer la thèse de Duvoir ; Villaret et Boudet recueillirent cin-

quante observations : aggravations de tabès existants, apparitions de tabes chez des sujets porteurs d'une syphilis ancienne et qui, jusque-là, n'avaient présenté aucun signe tabétique. Ce sont encore des observations de guerre que publie Ciriminna, et qui lui permettent d'apporter les mêmes conclusions que Duvoir, de les exprimer même avec plus de précision.

Après la guerre, Verger, lui aussi, les reprend, avec plus de force, plus de netteté encore, riches d'observations multipliées.

Barthélemy, envisageant, à son tour, les rapports du traumatisme avec le tabes, admet la possibilité d'une aggravation passagère des lésions préexistantes : il cite, à l'appui, l'observation d'un malade qui ne présentait que des troubles légers de tabes ; un accident détermine des contusions multiples de l'abdomen et des jambes, et le malade devient ataxique en peu de temps ; « ...il est probable que le traumatisme, non négligeable, puisque le blessé était tombé de tout son poids, a dû activer le développement d'une incoordination ».

Mais, si nous avons transcrit les phrases de Duvoir, c'est parce que, les premières, elles exprimaient une synthèse quant aux travaux précédents et une affirmation que l'avenir devait consacrer.

A présent, l'accord est fait entre tous les auteurs : un traumatisme peut intensifier un tabes évolutif, manifester un tabes latent.

II - LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Dans l'exposé de la paralysie générale, nous distinguons deux cas, d'importance d'ailleurs très inégale : la syphilis est antérieure ou elle est postérieure au trauma.

1° La spécificité précède le traumatisme.

C'est le cas le plus fréquent, le plus caractéristique.

Il y a longtemps déjà que les travaux de Lunier, de Marcé, de Voisin, en France, de Kierinay, en Angleterre, ont établi ce fait : « un violent traumatisme crânien peut fixer un point d'élection, régler l'évolution ultérieure d'une syphilis et entraîner une paralysie générale ».

Tout d'abord, le traumatisme seul ne peut déterminer des syndromes rappelant la P. G. et comparables aux syndromes tabétiques, aux tabes traumatiques purs. Mais, chez un syphilitique, la P. G. peut-elle ne relever que du seul traumatisme ? Doit-on accepter, quant à la P. G., une éventualité analogue à celle qu'on rejette quant au tabes ?

Plus vraisemblable dans le cas de la P. G., elle a été admise, elle est encore défendue.

La thèse de Froissart a précisé la question de la P. G. post-traumatique : elle fait autorité, comme celle de Duvoir sur le tabes.

Le traumatisme du crâne — le traumatisme central est seul en cause ici, et il implique une certaine violence (souvent il y a fracture) — « le traumatisme

cranien violent peut aggraver une P. G., réveiller une P. G. latente, précipiter son évolution et même occasionner des P. G. précoces ».

La P. G. précoce post-traumatique est indéniable : le cas de Goldenberg et Urechia en fait foi.

Un point — que nous rappellerons quand nous envisagerons la médecine sociale — est, dans l'histoire de la P. G. traumatique, tout particulièrement intéressant : c'est la fréquence (chez un sujet qui, évidemment, n'a encore présenté aucun signe paralytique) de la période de latence.

Elle est indiquée par Froissart ; des auteurs russes, Feldmay et Faingold, signalent la longueur parfois extraordinaire de cette « incubation » : sept, huit ans (ce qui prête d'ailleurs à la critique). Il n'est pas rare qu'elle s'étende sur deux ou trois ans, comme le marque Fournier ; en règle, elle est de quelques mois.

Comment se caractérise cette latence ? Elle n'est en aucun cas une période muette (thèse de la continuité de Sand).

C'est, à la suite du choc traumatique, un état confusionnel, vertigineux ou amnésique ; puis, à ces troubles commotionnels se substituent progressivement les premiers signes d'une P. G. Les deux syndromes s'intriquent dans cette phase qui débute de façon si banale, par les réactions bien connues de la commotion cérébrale, pour s'achever dans une forme typique de paralysie générale ; et cette particularité doit dicter une attitude pratique : tout traumatisme

cranien chez un syphilitique avéré, doit être suivi pendant des années. Mais le temps de latence peut être minime, comme le signale un auteur russe, Ikliemann.

La durée de la latence apporte pour les différents aspects de la P. G. traumatique (aggravée, décelée) un élément de différenciation.

Lorsque la période intercalaire est longue, on peut considérer le trauma comme facteur déterminant (P. G. révélée, peut-être créée) ; lorsqu'elle est à peu près nulle, on ne peut faire du traumatisme qu'un facteur aggravant (P. G. fruste : petits signes de P. G. à mettre en évidence dans les commémoratifs). La décision est lourde de conséquences en médecine légale.

La question du terrain (âge, intoxication éthylique ou autre, habitudes mentales même) n'est pas un facteur négligeable de la P. G. traumatique. Daussat attire l'attention sur ce point.

Pour Nyssen et Van Bogaert, c'est une notion capitale, et le traumatisme ne suffirait probablement pas à déterminer P. G. ou syphilis cérébrale s'il n'atteignait un organisme imprégné par l'alcool : le traumatisme est la cause directe, l'éthylisme est la cause indirecte.

Nous concluons avec Bodart : le traumatisme peut aggraver ou révéler une paralysie générale, mais non la déterminer ; il faut une prédisposition que l'alcoolisme réalise au premier chef.

Que la P. G. accentuée ou manifestée par le trauma

soit hors de discussion, c'est l'opinion unanime de tous ceux qui ont étudié la question. Une divergence subsiste quant à la P. G. déterminée par le trauma : elle peut s'observer — c'est plus qu'exceptionnel — chez un sujet exempt de tare ou d'intoxication chronique ; en règle, elle se voit chez un sujet prédisposé.

Dernier point à signaler : peut-on identifier la P. G. spontanée et la P. G. traumatique ? Cliniquement, le polymorphisme du syndrome ne permet pas une discrimination. Mais il existerait une distinction biologique ; l'examen du liquide céphalo-rachidien montrerait une courbe colloïdale un peu différente de celle des P. G. ordinaires. Le problème est livré aux recherches de demain.

2° La syphilis est contractée après le trauma.

Parmi les observations qui s'offraient à nous, nous avons choisi, pour la consigner avec tous ses détails, à la fin de cette thèse, non point la plus classique, mais la plus curieuse observation de Marchand et Courtois. Elle relate un cas de traumatisme frontal par balle chez une jeune fille de 21 ans, qui, cinq ans plus tard, contracte la syphilis, et, trois ans après, est atteinte d'une P. G. dont l'évolution est rapidement fatale. La nécropsie fut faite : « l'examen histologique a décelé une prédominance de la méningo-encéphalite au niveau des lobes frontaux ».

La P. G. peut apparaître au cours de l'évolution d'une syphilis postérieure à un trauma : le fait est

incontestable, mais tout de même exceptionnel. Il faut, avec Duvoir et Sollier, se défier de P. G. qui aurait passé inaperçue. Là aussi il y a lieu de tenir compte de la prédisposition (organisme fatigué).

Trois opinions se sont fait jour sur la P. G. dans une syphilis subséquente à un trauma : la première admet sa rareté ; la seconde conteste sa réalité ; la troisième (celle de Sollier) considère que souvent la date du contagé n'a pas été précisée, qu'avant le trauma, il existait déjà une P. G. méconnue que le choc traumatique a précisément localisée.

Nous pensons qu'un traumatisme cérébral peut faire du point cicatriciel, un point d'appel, point de départ d'abord, point d'intensité maxima ensuite du processus méningo-encéphalitique responsable de la paralysie générale.

Obs. I (MARCHAND et COURTOIS : *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 11 mai 1928).

Une jeune fille, à l'âge de 21 ans, se tire une balle de revolver au niveau de la bosse frontale droite. Trépanation et guérison rapide. A 26 ans, elle contracte la syphilis. Trois ans après l'accident initial, elle présente de l'affaiblissement progressif de la mémoire, des troubles de l'auto-critique, du puérilisme, une ingénuité niaise, des crises épileptiques. On note l'exagération des réflexes tendineux, de l'inégalité papillaire sans signe d'Argyll Robertson, une parole légèrement spasmodique et monotone, du tremblement fibrillaire de la langue. Les réactions de la syphilis sont positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. La précipitation au benjoin colloïdal est de type paralytique. Cachexie progressive qui aboutit à la mort.

L'examen macroscopique de l'encéphale montre, outre l'atrophie des lobes frontaux traversés par la balle de revolver, les lésions de la paralysie générale. L'examen histologique confirme le diagnostic et décèle une prédominance de la méningo-encéphalite au niveau des lobes frontaux. Nous pensons que, non seulement les lésions cérébrales, causées par le trajet du projectile, ont joué un rôle d'appel pour la localisation du tréponème dans le cerveau, mais aussi que le traumatisme cérébral a été la cause de la diminution du temps de latence que l'on constate entre la contamination syphilitique et l'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale. L'un de nous a montré antérieurement combien rares étaient les cas de paralysie générale survenant aussi rapidement après la contamination spécifique.

Notons enfin la forme spéciale qu'a revêtue la paralysie générale, la forme épileptique, qui semble avoir été conditionnée par la constitution de la malade, qui a été atteinte de crises convulsives déterminées à l'âge de 12 ans.

III - SYPHILIS NERVEUSES DIVERSES

Nous avons vu qu'un violent traumatisme du crâne peut aggraver ou révéler une paralysie générale : il peut déterminer d'autres syphilis cérébrales ; d'autre part, des traumas violents du rachis sont susceptibles de localiser, dans les mêmes conditions, des myélites syphilitiques.

Dujardin étudie les méningo-myélites traumatiques : apparition, à la suite de chocs violents sur la colonne vertébrale — et à échéance plus ou moins brève — de paralysies, de troubles sensitifs, au ni-

veau du membre inférieur en général (en raison de la rareté relative des atteintes de la colonne vertébrale haute).

Pollak apporte des observations de méningites et de myélites chez des hérédos, et un cas de traumatisme bien particulier : une insolation prolongée.

Gaudier et Minet signalent, après traumatisme crânien, des cas d'hémi-parésie, d'épilepsie, jacksonienne ou généralisée, se constituant après des mois ou des années de latence.

Des myélites peuvent être aggravées, décelées ou déterminées par un trauma ; lorsqu'il existe un intervalle net — en règle générale de quelques semaines — entre l'accident et les premiers symptômes, on peut admettre que la myélite a été créée par le trauma.

Pour Watraszewski, les manifestations cérébrales peuvent éclater presque immédiatement.

Nous ne pouvons rapporter ici toutes les observations disséminées de syphilis médullaire ou cérébrale traumatique, et il n'existe point sur cette question un travail d'ensemble sur lequel nous puissions nous appuyer. Nous devons donc nous borner à indiquer les conclusions auxquelles les recherches menées de différents côtés permettent d'aboutir.

Un trauma central peut être la cause de syphilis médullaires, cérébrales, méningées de types extrêmement variés, que ce trauma soit antérieur à la contamination (cas évidemment le plus fréquent) ou qu'il lui soit postérieur.

La distinction ne se limite pas à la paralysie générale : un traumatisé du crâne qui contracte ultérieurement une syphilis est susceptible de faire une syphilis cérébrale.

IV - ASPECTS PARTICULIERS DE LA SYPHILIS NERVEUSE TRAUMATIQUE

Nous désirons consacrer un chapitre au traumatisme chirurgical et au traumatisme obstétrical dans la syphilis. Nous n'indiquerons ici que des faits qui relèvent de la neurologie et que nous ne croyons pas devoir séparer de l'exposé général de la syphilis traumatique nerveuse, quitte, s'il le faut, à les rappeler plus tard. Par contre, nous n'aurons plus à revenir sur le traumatisme psychique.

1° LE TRAUMATISME CHIRURGICAL.

L'observation de Gaudier et Minet est la plus marquante.

A la suite d'un traumatisme du crâne, un syphilitique subit une trépanation exploratrice. Avant l'intervention, les réactions dans le sang et le liquide céphalo-rachidien sont négatives ; elles deviennent aussitôt après positives.

Le traumatisme opératoire « peut réactiver les réactions sérologiques et liquidiennes ».

2° LE TRAUMATISME OBSTÉTRICAL.

Il faut envisager le traumatisme chez la mère et le traumatisme chez l'enfant.

a) *Chez la mère* : Signalons, avec Dujardin, Desheux et Weill, des méningo-myélites dues à un accouchement laborieux, à une fausse couche.

Ce n'est qu'un aspect particulier de la syphilis influencée par un accouchement difficile.

b) *Chez l'enfant* : Un traumatisme léger ou même « réduit » au traumatisme physiologique d'un accouchement facile, peut chez un hérédito, déterminer, comme l'affirme Couvelaire, une hémorragie méningée ou cérébrale.

Les hémorragies cérébrales, qui siègent dans les ventricules ou sur le flanc externe du centre ovale (Couvelaire) emportent le nouveau-né au bout de quelques jours. Elles n'ont pas d'histoire clinique ; elles sont des trouvailles d'autopsie.

Quant aux hémorragies méningées, elles exigent une sanction : « Lorsqu'une hémorragie survient sans traumatisme appréciable, il faut penser à son étiologie syphilitique possible et traiter l'enfant en conséquence » (Lantuéjoul).

Les localisations lésionnelles de la maladie de Little sont souvent créées, pour Vignes et Blechmann, par des hémorragies dues à un traumatisme obstétrical agissant sur des vaisseaux particulièrement fragiles par la syphilis conceptionnelle.

3° LE TRAUMATISME PSYCHIQUE.

Nous allons, reprenant brièvement nos trois têtes de chapitre sur le tabes, la paralysie générale et les céphalo-myélites, indiquer quel rôle le choc émotif

peut jouer dans leur étiologie ; nous nous arrêterons ensuite plus longtemps sur les psychoses.

a) *Le tabes* : Un auteur russe, Brodsky, observe, en 1907, un traumatisme psychique qui provoque la manifestation d'un tabes latent.

b) *La paralysie générale* : A l'occasion d'observations de guerre, Gobert admet l'étiologie émotive de certaines P. G.

« L'émotion traumatique » révèle des accidents de P. G. latente. Dans le choc traumatique qui influence une P. G., « l'émotion peut également — d'après le même auteur — intervenir dans une certaine mesure ».

Nous avons vu que des facteurs purement psychiatriques, tels que des habitudes mentales particulières, pouvaient réaliser une prédisposition à la détermination d'une P. G. par un trauma.

c) *Les autres syphilis nerveuses* : Des cas aussi ont été apportés, et ils nous permettent de présenter la conclusion générale d'Urechia : le choc émotif est capable par les modifications humorales, vasomotrices et végétatives qu'il entraîne, de « constituer un appel pour une syphilis nerveuse ».

d) *Les psychoses* : Deux variétés de faits retiendront notre attention dans ce domaine particulier : un traumatisme peut, chez un syphilitique, ne provoquer que des troubles psychiques ; un traumatisme proprement psychique peut entraîner une psychose.

Capyras et Brian ont observé une amnésie rétro-antérograde, des troubles mentaux, délire avec auto-

matisme mental, auxquels peuvent s'ajouter des troubles sensoriels d'origine centrale : hallucinations auditives, verbales, visuelles plus rarement.

Urechia et Manilescu apportent une très belle observation de « psychose réactive déterminée par un violent traumatisme psychique ». Nous la transcrivons en terminant :

Un caisier est victime d'un vol : on lui soustrait 130.000 lei de sa caisse. Il craint d'être accusé. Il devient agité, confus, fait des fugues, une tentative de suicide. Il a la hantise du chiffre : compte ses pas, ses mots. Peu à peu, il a des hallucinations auditives, le tout étant toujours dominé par des questions de chiffres, de menaces, de vol. Il devient violent, puis complètement dément. Il n'y a pas de dysarthrie, ni de troubles tendineux. La ponction lombaire est positive, l'Argyll-Robertson est négatif. Il meurt après un mois d'internement. L'examen macroscopique du cerveau confirme le diagnostic de syphilis cérébrale.

Tels sont les faits que nous tenions à apporter. Ils montrent l'importance du facteur traumatique dans la syphilis nerveuse constituée ou virtuelle, son intérêt spéculatif et pratique.

LE TRAUMATISME CHIRURGICAL

Nous avons, dans notre exposé de la syphilis traumatique nerveuse, noté, en passant, un cas de syphilis réactivée — quant aux réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien — par un trauma opératoire, une trépanation. Ce n'est pas un fait exceptionnel, et les désordres occasionnés par un traumatisme de ce genre peuvent être beaucoup plus importants.

Urechia et Goldenberg, Marchand et Courtois apportent nombre d'observations de trépanations « qui furent suivies de paralysie générale rapide et précoce ». De leur côté, Gaudier et Minet signalent l'apparition après trépanation d'une hémiparésie accompagnée d'épilepsie jacksonienne.

Nous n'insisterons pas sur l'aggravation presque mécanique des lésions que l'acte opératoire peut entraîner sur un organe profond touché par la syphilis : le foie, la rate, le rein ; ce serait poser la grande question de l'intervention chirurgicale chez un syphilitique et de ses dangers.

Autrefois, on a pu faire de la syphilis évolutive une contre-indication à l'acte opératoire et préconiser l'abstention ; Verneuil a pu affirmer qu'une intervention chez un syphilitique est toujours dangereuse, et

Gibson a écrit que la syphilis héréditaire « est capable d'influencer défavorablement les résultats post-opératoires ».

De nos jours, les syphilitiques sont suivis et méthodiquement traités ; le laboratoire, à défaut de l'anamnèse, décèle la syphilis qui, à l'occasion d'une affection chirurgicale, est systématiquement recherchée. Actuellement, la médication antispécifique est parfaitement au point : grâce à un traitement pré-opératoire et un traitement post-opératoire, les résultats de l'intervention sont toujours satisfaisants, les séquelles sont évitées.

La syphilis opératoire viscérale est devenue exceptionnelle. Aussi, on conçoit l'intérêt de l'observation de « complication post-opératoire par révélation de syphilis latente » présentée par de Stella, de Gand.

Il s'agit de la thyroïdectomie d'un goitre basedowien qui, « malgré des suites opératoires normales, entraîne une généralisation syphilitique. Trois mois après, le tableau est dramatique : « forte albuminurie, œdème de la moitié du corps, foie ficelé, souffle à tous les orifices cardiaques ». La réaction de Wassermann est fortement positive ; toutes les thérapeutiques avaient été inopérantes ; un traitement spécifique est établi : d'emblée actif, il fait rapidement régresser tous les signes.

Les traumatismes des accouchements laborieux, comme le rappelle Bernard, peuvent entraîner chez la porteuse de lésions spécifiques une semblable « explosion généralisée ». Là aussi la syphilis de-

vrait être toujours recherché, le traitement toujours institué.

Nous voudrions nous arrêter tout particulièrement sur les accidents que la rachianesthésie, si précieuse au cours de tant d'interventions, peut entraîner chez un sujet syphilitique ; ce sont des phénomènes d'irritation méningée, des paralysies des nerfs craniens.

Pour Forgue et Basset, les accidents les plus fréquents sont la rétention d'urine et la paralysie de la VI^e paire.

La rétention d'urine peut durer quelques heures, quelques jours ou quelques mois ; les auteurs pré-nommés citent deux cas de rétention complète au delà d'un an, chez des syphilitiques anciens.

L'atteinte du moteur oculaire externe s'observe une fois sur cent après la rachi et, pour Terrien, elle apparaît « presque toujours chez des sujets syphilitiques ».

Si donc l'acte opératoire n'a pour ainsi dire plus de contre-indication de principe chez un syphilitique, il n'en est pas de même de l'anesthésie rachidienne. Forgue et Basset, rapporteurs de la question à un récent congrès, concluent « qu'il est préférable de s'abstenir de la rachi-anesthésie chez un syphilitique avéré.

La ponction lombaire, comme aime le rappeler parfois Guillaïn, ne serait pas tout à fait inoffensive chez un syphilitique et ne serait pas toujours à conseiller comme examen de contrôle périodique, le trocart risquant d'atteindre un petit vaisseau et d'en-

semencer de la sorte un liquide céphalo-rachidien parfois indemne de tréponèmes.

Cette affirmation est loin de rallier les suffrages de la plupart des syphiligraphes pour lesquels la ponction lombaire apparaît justement comme nécessaire et même indispensable. L'enseignement de Gougerot, de Ravaut, de Basch est en contradiction formelle avec cette opinion. On ne peut songer logiquement à priver les malades d'un moyen d'investigation si précieux, susceptible d'apporter des renseignements du plus haut intérêt, sous le prétexte d'une inoculation illusoire, peu conforme aux faits biologiques connus.

LE TRAUMATISME OBSTÉTRICAL

Nous ne prétendons pas faire un exposé, même succinct, de cette question — dont l'intérêt et l'ampleur seraient justiciables d'une étude spéciale et approfondie — mais il ne nous est pas davantage possible de passer sous silence des faits qui représentent un aspect de notre sujet.

C'est presque toute la question du traumatisme obstétrical qui nous intéresse. Les conceptions modernes, en effet, réduisent considérablement le domaine du traumatisme pur. Alors que les théories classiques, depuis les travaux de Little, l'envisageaient uniquement, à l'heure actuelle, on admet généralement que 5 %, 3 % peut-être de cas relèvent du traumatisme obstétrical pur (sinon très grave), et que le trauma au cours de l'accouchement ne semble entraîner des séquelles que chez des enfants originellement porteurs d'une tare, le plus souvent des hérédo-spécifiques.

Voron et Pigeaud admettent que, « dans 75 % des cas, le traumatisme n'est qu'une cause adjuvante : la cause officieuse, disent-ils, reste une intoxication ou une infection maternelle et, dans la majorité des cas, la syphilis ».

Hutinel, Baudouin montrent le rôle primordial de la syphilis « dans la genèse des encéphalopathies infantiles », pour laquelle le traumatisme obstétrical n'est « très souvent qu'un facteur occasionnel ».

Et nous pouvons illustrer cette évolution de la conception même du traumatisme obstétrical en reprenant le titre d'un chapitre de la thèse de Paul Huet (1) : le rôle de la syphilis grandit au fur et à mesure que celui du traumatisme obstétrical diminue.

Nous avons vu, plus haut, comment le simple traumatisme physiologique de l'accouchement normal peut suffire à entraîner des séquelles chez l'enfant qui, entaché de syphilis, présente une fragilité exceptionnelle.

Il n'est pas rare d'observer de grands syndromes moteurs : sclérose cérébrale infantile, épilepsies ; souvent ce sont des troubles psychiques : débilité mentale, imbecillité, idiotie ou simplement des troubles de caractère qu'il faut signaler tout particulièrement, car il est bien évident qu'en général on ne les rattache pas à leur cause vraie.

Les traumatismes importants engendrent des encéphalopathies à forme motrice, les traumatismes plus légers (parfois minimes) des syndromes psychiques.

Toutes ces séquelles sont tardives : en règle, on n'observe aucun trouble pendant les six premières années. Le pronostic d'avenir est donc toujours réservé chez un hérédo traumatisé au cours de l'accouchement.

(1) Importance du traumatisme obstétrical comme facteur étiologique des encéphalopathies de l'enfance. (*Thèse de Paris*, 1932).

Le cas des prématurés et des débiles doit spécialement nous arrêter. Ces derniers surtout sont souvent des hérédos. Leur fragilité spéciale, jointe chez eux à l'imperfection des grandes fonctions vitales, les expose tout particulièrement aux traumatismes et rend leur existence des plus précaires. C'est ainsi que la simple pression abdominale peut déterminer une rupture de viscères : rate, foie, capsules surrénales, des anses intestinales.

Pour les débiles et les prématurés nés en état de mort apparente, un pronostic immédiat ou tardif peut se poser :

— Un pronostic immédiat : la plupart ne survivent pas et, là encore, il faut distinguer ceux qui succombent à l'accouchement et ceux qui, ranimés, peuvent survivre quelques jours (ils peuvent tout au plus atteindre le quinzième jour) : ceux-là seront souvent porteurs d'hémorragies multiples, péri-ombilicales, intestinales ; ou mourront subitement après un accès de cyanose et d'une façon, en apparence, inexplicable. L'autopsie montre, en pareil cas, qu'il s'agit presque toujours d'hérédosyphilitiques.

— Un pronostic tardif : ces enfants, à un moment donné, présenteront des troubles nerveux graves : convulsions, épilepsie, diplégie, maladie de Little. Cette dernière affection n'est pas exceptionnelle. Brandt note, dans une statistique de 72 prématurés, la maladie de Little chez 3 enfants, dont 2 jumeaux. Cet auteur signale aussi qu'un degré plus ou moins marqué de nervosisme a été relevé chez 36 enfants sur 72, soit dans la moitié des cas.

Nous voudrions, en terminant, insister sur la fréquence des petits troubles nerveux, en présence desquels il faudra savoir remonter à la cause, et sur la nécessité de la surveillance et du traitement de longue haleine des débiles et des prématurés, porteurs d'une hérédité spécifique.

SYPHILIS VASCULAIRE TRAUMATIQUE

Après les observations multiples de syphilis nerveuse, après les nombreuses observations de syphilis testiculaire, viennent, par ordre de fréquence, celles de syphilis vasculaire et de syphilis pulmonaire, celles-ci déjà fort réduites, celles-là vraiment exceptionnelles. Il s'agit surtout, dans la syphilis vasculaire, d'aortites post-traumatiques.

Mazel et Valendru ont publié une étude des relations entre les traumatismes et les anévrysmes artériels. A côté des anévrysmes traumatiques purs, ils admettent des anévrysmes « par aggravation traumatique d'une lésion antérieure ». Toutefois, il est difficile de déterminer la part des lésions antérieures et celle à impliquer au traumatisme.

La pathologie de guerre a montré que des explosions ont pu — rarement il est vrai — localiser la syphilis sur le cœur et sur l'aorte.

Dans le cas de Gougerot et Clara, des symptômes d'aortite ont succédé à un traumatisme thoracique et le « blessé a guéri par le traitement de mercure et iodure ».

L'observation de Ramond et Postina est, dans la

littérature, la plus belle sur la question : « il s'agissait d'un soldat projeté violemment en l'air par l'explosion d'une torpille et qui, presque immédiatement après, présenta des signes de décompensation cardiaque qui le menèrent à la mort ; l'autopsie montra l'existence d'un anévrysme aortique ».

SYPHILIS TRAUMATIQUE TESTICULAIRE

Les classiques nous présentent les cas de syphilis traumatique du testicule comme les cas les plus nets de syphilis viscérale traumatique : c'est qu'ils furent les premiers admis, parce que les premiers appuyés par des tests précis.

Fournier, dans son grand « Traité de la Syphilis », signale le « sarcocèle plastique ou sarcocèle sclérogommeux consécutif à des contusions de l'organe ». Il apporte une observation personnelle devenue classique : nous ne pourrions faire moins que la relater, avant toute autre.

Olivier Lenoir, Klauder, Clément Simon rapportent des cas de chocs sur le testicule, suivis d'apparition d'une tuméfaction nodulaire, généralement indurée ; il y avait, notent-ils, intégrité de l'épididyme, des vésicules et du déférent.

Le cas de Lenoir était un fungus testiculaire, dont l'évolution fut arrêtée par le traitement spécifique. Dans le cas de Klauder, à la suite de la castration faite par erreur — l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une gomme.

Le Docteur Barthélemy a publié, en 1933, une fort

intéressante observation de sarcocèle, qu'il discute longuement, particulièrement du point de vue accident du travail : nous l'exposons plus loin.

Mais nous voulons rapporter ici même, pour illustrer — mieux que par une énumération — notre exposé, en la suivant pas à pas dans ses détails, en la commentant, la très belle observation que nous devons à notre maître Basch.

C'est l'histoire d'un jeune homme de 26 ans :

Palefrenier dans un grand domaine, il menait, comme chaque matin, les chevaux à la promenade, quand survint l'accident suivant :

Au moment où, le pied à l'étrier, il s'enlève pour retomber en selle, son cheval s'effraie, se cabre et retombe brusquement sur ses pattes de devant. Cette retombée subite coïncide avec le moment où B... s'asseyait en selle, et amène un choc violent de sa région périnéale contre le pommeau. La douleur est si intense, si aiguë, qu'il manque de se trouver mal ; il met pied à terre, se repose quelques instants, puis remonte à cheval. Le soir même, il note que le testicule gauche est gros et douloureux. Des compresses humides sont appliquées localement et tout rentre dans l'ordre au bout de trois à quatre jours.

Donc, premier fait : un traumatisme testiculaire violent ; le testicule gauche augmente de volume, est douloureux ; ces phénomènes régressent en quelques jours.

Deux mois environ après cet accident, nouveau choc contre le pommeau de sa selle, moins violent il est vrai :

le cheval bute, fait un faux pas, et B... se trouve derechef projeté en avant ; son testicule est de nouveau douloureux et volumineux ; il y a même un petit écoulement urétral purulent, mais aseptique. Le médecin consulté ne cache pas son indécision, ce qui amène le blessé à notre dispensaire.

Second fait : six semaines plus tard — dans des conditions analogues — nouveau traumatisme testiculaire, plus léger cependant ; le testicule reste volumineux et sensible ; à partir de ce moment, le blessé souffre ; il s'alarme et vient consulter.

A l'examen, on constate les anomalies suivantes : alors que le testicule et l'épididyme droits sont normaux de volume et de consistance, à gauche au contraire, le testicule est plus volumineux d'un tiers, gros, dur et douloureux ; l'épididyme, également sensible, est parsemé de 5 à 6 nodules élastiques, que l'on retrouve aussi bien à la tête que dans le corps de l'organe. Le scrotum est normal ; il n'y a pas de liquide dans la vaginale ; le canal déférent ne présente aucune anomalie ; pas le moindre écoulement urétral. Rien à signaler non plus au toucher rectal.

Au total, deux traumatismes répétés qui laissent des lésions testiculo-épididymaires manifestes.

Tout d'abord, note Basch, nous sommes portés à dénier au choc, si violent qu'il ait pu être, un rôle exclusif dans l'affaire. Non pas que nous ayons à nous méfier des déclarations du blessé : son récit paraît absolument sincère ; il n'élève aucune idée de revendication et ne prononce même pas le mot « d'accident du travail ».

Son seul souci est de guérir. La réalité et la violence des chocs subis paraissent évidents, mais s'il a bien présenté tout aussitôt les signes de « l'orchite traumatique » : douleur syncopale après le choc, tuméfaction des bourses, du testicule et de l'épididyme, par contre, l'évolution tardive s'en séparait nettement. Si en effet, à la suite d'un choc spécialement violent, le testicule peut soudainement subir une véritable atrophie, par contre nul n'a jamais signalé la présence de nodules bourrant l'épididyme après orchite purement traumatique. Voilà donc un diagnostic à éliminer, sans que pour cela nous négligions de faire plus tard la part qui revient au choc. Ne s'agirait-il donc pas alors de la plus banale des orchites, je veux dire l'orchite blennorragique ? On pourrait expliquer ainsi les choses : le malade est porteur d'une urétrite mal soignée, non guérie ; le choc localise sur le testicule gauche la complication. Mais il y a lieu d'objecter, tout d'abord, que l'orchite blennorragique est aussi violente qu'éphémère et que, si elle peut laisser à sa suite quelques nodules épидидymaires, ils sont de volume réduit. D'autre part, Fred B... nie toute blennorragie antérieure ; son canal est parfaitement sec, et l'examen microscopique du léger écoulement, observé à la suite du deuxième choc, n'a montré aucun microcyanisme. Voilà encore un diagnostic à éliminer.

Il sera plus malaisé, ajoute Basch, d'écarter l'idée d'une tuberculose épидидymo-testiculaire ; tel a été d'ailleurs le diagnostic du médecin consulté. Le sujet pouvait être porteur de lésions discrètes, insoupçonnées ; le traumatisme leur donne un coup de fouet et amène l'extériorisation des nodules épидидymaires ; rien dans l'examen local ne contredit à cette hypothèse, même le petit écoulement urétral est souvent signalé. Cependant rappelons que les canaux déférents étaient normaux et non infiltrés, et qu'au toucher rectal nulle anomalie des

vésicules séminales n'a été observé ; ajoutons encore que notre malade est un robuste garçon de 26 ans, sans antécédents personnels, ni héréditaires, de tuberculose. C'est néanmoins le diagnostic d'attente auquel nous allons nous rallier.

Ce n'est en effet que « pour mémoire » ou par acquit de conscience que, après avoir éliminé le cancer du testicule, si différent dans son aspect, nous avons évoqué la syphilis épididymo-testiculaire ; en effet, rien dans l'histoire du malade, ni dans la clinique ne plaide en faveur de ce diagnostic ; le testicule est gros et dur, mais il n'est pas aplati en « galette », comme dans l'orchite syphilitique tertiaire ; d'autre part, notre malade n'a jamais contracté, rappelons-le, la moindre maladie vénérienne. Rien dans son aspect n'évoque non plus la syphilis héréditaire : il est bien constitué, ne présente nulle dystrophie dentaire. Ses parents sont bien portants, il a un frère bien portant et une sœur dont il est le jumeau. Voilà bien peu d'éléments positifs en faveur d'un diagnostic de syphilis ; néanmoins nous faisons faire un examen sérologique complet du sang. Or, cet examen nous donne les résultats suivants :

Bordet-Wassermann	+
Hecht	++
Meinicke	+++

Comment, malgré nos doutes, négliger semblable avertissement ? Nous soumettons tout aussitôt notre sujet à un traitement mixte énergique, à l'aide d'injections à doses croissantes de novarsénobenzol, et de deux injections hebdomadaires de bivato1. Le résultat ne se fait pas attendre : au bout de moins de dix jours, et alors qu'il n'a reçu encore que 1,50 de novar et trois piqûres de bivato1, B... nous annonça que les douleurs spontanées ont cessé ; les gommés épididymaires fondent avec rapidité, cependant que le testicule diminue progressi-

vement de volume et n'est plus douloureux à la palpation. A la fin de cette première série, tous les phénomènes morbides ont disparu : il subsiste encore néanmoins un ou deux nodules épидидymaires. Il faut donc nous rendre à l'évidence et porter le diagnostic, établi aussi bien par les résultats de l'examen sérologique que par ceux du traitement d'épreuve, de syphilis épидидymo-testiculaire.

Syphilis testiculo-épидидymaire traumatique : on voit toute l'importance du fait, son intérêt pathogénique (nous aurons à y revenir en discutant les théories de la syphilis traumatique), son intérêt légal pour les revendications de l'accidenté (nous y reviendrons également), surtout son intérêt pratique pour la mise en œuvre immédiate du traitement : il ne faut pas « laisser passer » une syphilis testiculaire traumatique.

S'agissait-il, dans l'observation présente, d'une syphilis acquise ou héréditaire ? Il semble qu'il s'agisse d'une syphilis héréditaire tardive.

L'hypothèse d'une syphilis acquise se heurte en effet à bien des contradictions. Notre patient est bien jeune (26 ans) pour présenter des accidents tertiaires ; si vraiment il avait contracté à 18 ou à 20 ans une syphilis restée jusque-là ignorée, pourquoi cette semi-positivité des réactions sérologiques, ce qui cadre mieux avec le comportement de la syphilis héréditaire ? Plus satisfaisante pour l'esprit est l'hypothèse suivant laquelle *une syphilis héréditaire restée latente*, n'ayant donné lieu à aucun trouble jusque-là, *se trouve brusquement extériorisée par le traumatisme*.

Le fait qu'il s'agisse d'une hérédo-syphilis augmente encore l'intérêt de l'observation.

Enfin, le cas comporte un double traumatisme dont le rôle réciproque doit être noté.

Le premier choc, le plus violent, a eu un rôle prépondérant essentiel ; les lésions se sont alors sans doute constituées à l'insu du sujet : survient le deuxième choc qui attire de nouveau l'attention sur l'organe, et le malade s'aperçoit que son testicule gauche est gros et douloureux.

Obs. II (FOURNIER : *Traité de la Syphilis*, tome II, fasc. I, p. 15).

Un homme était atteint de syphilis depuis deux ans, lorsqu'un jour, en jouant avec ses enfants qui dansaient sur ses genoux, il reçut de l'un d'eux un violent coup de pied dans les bourses. Survint immédiatement une tuméfaction douloureuse des deux testicules ; au delà, tuméfaction progressivement croissante, mais aphlegmasique et indolente, des deux organes, qui arrivèrent l'un et l'autre à prendre le volume de très gros citrons. L'un d'eux resta à l'état de sarcocèle plastique et dur ; mais l'autre, après adhérence à la peau, s'ouvrit et évacua une série de bourbillons gommeux.

Obs. III (GOUBEAU : Traumatisme et Syphilis. *Bull. Soc. de Méd. de Paris*, 1919-1920, p. 332).

Un canonnier fait en mars 1918 une chute d'un caisson d'artillerie et tombe à cheval sur un canon : contusion du testicule gauche.

Une orchite qualifiée de traumatique se déclare. Mais celle-ci traîne et ne se guérit pas. Finalement, au bout de plusieurs mois, ce soldat est présenté devant une commission de réforme, et réformé n° 1.

Le 16 avril 1919 (observation du Docteur Quioc), le malade consulte : le testicule droit est presque triplé de volume, extrêmement bosselé (testicule très dur, sauf en avant où il y a un léger ramollissement). Douleurs spontanées et assez vives du testicule et du cordon.

L'interrogatoire apprend que le malade a eu avant la guerre un chancre suivi de roséole, soigné seulement pendant quelques jours.

La réaction de B.-W. est positive. Soumis à des injections de cyanure de mercure, puis de novarsénobenzol, le malade guérit rapidement de son orchite. Le testicule reprend aspect et dimensions normales ; seule persiste une adhérence de la vaginale.

Le cas est net. Il s'agit d'une orchite traumatique transformée peu à peu en sarcocèle syphilitique.

Obs. IV (BARTHÉLEMY : Nouvelle contribution à "étude des manifestations syphilitiques post-traumatiques. *Annales des Maladies vénériennes*, n° 8, août 1933).

Un camionneur de 48 ans se blesse le 14 décembre 1929 en voulant retirer de sa voiture une caisse de 125 kilos. Celle-ci a basculé et l'a serré contre le rebord du fourgon, lui faisant mal dans l'aîne (*sic*). En réalité, c'est un angle de la caisse qui a violemment contusionné le scrotum à droite. Une ecchymose se développe, très foncée, et atteint la surface d'une paume de main au moins.

Le médecin inscrit sur le certificat d'origine : contusion du testicule droit sur lésion ancienne.

Mais la partie droite a augmenté fortement de volume en une demi-journée, sans fièvre. Mis en observation à la Pitié, avec le diagnostic d'orchite subaiguë, le blessé en sort vingt jours plus tard avec celui d'orchite bilatérale chronique, le 7 janvier 1930. Il ne reprend son travail que le 2 mars, après Bordet-Wassermann négatif.

Le 10 mars, il est examiné (par le Docteur Barthélemy). Il a un testicule droit à type sarcocèle, très dur, régulier, comme une petite poire, tandis que le testicule gauche, également dur avec un épидидyme scléreux, n'atteint que le

volume d'une forte noix verte. Une petite ecchymose subsiste vers l'extrémité du fourreau, où elle s'est avancée peu à peu.

Le 28 mars, l'ecchymose a disparu, mais l'état du testicule est stationnaire. Par contre, au début de juin, après 20 injections bismuthiques, le testicule gauche est presque normal, le droit a diminué de moitié, mais tous deux restent indurés.

SYPHILIS PULMONAIRE TRAUMATIQUE

Gougerot et Clara ont publié une observation, devenue classique, de « syphilis thoraco-pulmonaire ». C'est un cas de traumatisme thoracique suivi d'ostéite costale indubitablement syphilitique et de lésions pulmonaires où le traitement d'épreuve paraît établir le rôle de la syphilis.

C'est, plus précisément, l'histoire d'un soldat ancien traumatisé du thorax — étiqueté bacillaire — qui portait des lésions pariétales (ulcéreuses et fistuleuses) et des lésions sous-jacentes, pulmonaires, qui en imposaient en effet pour une tuberculose.

Mais un examen plus approfondi des lésions révéla un caractère spécifique ; les réactions furent pratiquées : elles se montrèrent fortement positives ; un traitement mercuro-arsénical fut aussitôt institué : il amena en quelques jours la guérison quasi complète de cette syphilis méconnue, syphilis costale et pulmonaire traumatique.

Nous rapportons d'ailleurs fidèlement les détails de l'observation.

OBSERVATION DE GOUGEROT ET CLARA.

Un soldat reçoit, le 17 juin 1916, un coup de crosse au thorax. Il a une large ecchymose et il souffre de vives douleurs lors de la toux et des mouvements, ce qui rend probable une fracture de côtes.

Dix jours après, apparaît une tuméfaction sous-cutanée qui grossit lentement et s'ulcère. Elle repose sur une tuméfaction locale qui s'abcède à son tour, presque sans douleur. Trois interventions chirurgicales sans résultat : toux, fièvre, hémoptysie. Le malade, prisonnier en Allemagne, est rapatrié comme tuberculeux.

Le 17 août, lors de notre premier examen, on voit sur la face antérieure du thorax, depuis le sternum jusqu'à la ligne axillaire antérieure droite, une cicatrice irrégulière, déprimée, rouge, violacée, avec cinq ulcérations croûteuses, ouvertures fistuleuses de lésions profondes costales ; les côtes sont tuméfiées, empâtées, douloureuses : ce sont surtout les cinquième et sixième côtes qui semblent atteintes, et le point traumatisé correspond au milieu de la lésion actuelle. La peau, infiltrée, adhère aux plans profonds ; l'ensemble de cette lésion cutanée est indolente.

À gauche, à la partie antérieure de la première côte et de son cartilage costal, on sent une tuméfaction diffuse de toute la région, s'étendant sur une petite paume : la peau est tachetée de petites macules livides, violacées, sans contours nets. Au toucher, la tuméfaction s'étend, centrée par la cinquième côte, et, de l'extrémité de la cinquième côte, se diffuse surtout vers le bas et en dehors : toute cette région est très douloureuse à l'inspiration, à la toux et à la moindre pression, cette douleur s'étendant très loin vers la ligne axillaire.

Il existe d'assez nombreux ganglions axillaires dans les faces internes des deux aisselles. Pas de ganglions ailleurs. Le malade tousse, crache et a souvent de petites hémoptysies avec poussées fébriles et foyers congestifs dans le poumon droit. L'examen thoracique fait en dehors de ces poussées montre :

— aux deux bases : submatité et affaiblissement des vibrations respiratoires, respiration faible et lointaine, bronchophonie ;

— au sommet droit : submatité, respiration soufflante, expiration prolongée, frottements ;

— au sommet gauche : submatité, respiration rude et douloureuse.

A la radioscopie, M. Ledoux-Lebard constate, le 24 août 1916, les lésions suivantes : « Le poumon droit dans toute sa hauteur présente des ombres d'aspect moucheté indiquant des lésions du parenchyme pulmonaire en évolution ; fracture de l'extrémité de la première, des cinquième, sixième et septième côtes avec ostéite probable des extrémités fracturées. Le poumon gauche paraît normal ».

L'état général est mauvais : état subfébrile à 37°-38° : amaigrissement, fatigue, etc.

Il n'y a pas d'antécédents personnels, ni de tuberculose, ni de maladies vénériennes ; mais sa mère est morte tuberculeuse. Tout semble donc bien prouver la tuberculose et avant d'entrer dans notre service il est proposé pour un sanatorium.

Or, l'examen complet montre que les fistules costales sont des ulcérations arrondies à bords curvilignes, que la tuméfaction costale, à droite et à gauche, est dure, non fongueuse, diffuse, et surtout nous découvrons sur la partie droite du front une syphilide serpigineuse presque cicatrisée, pigmentée, avec quelques papules en voie d'effacement ; le frontal est légèrement épaissi, la lésion est à peine visible, mais nette, et aussitôt nous nous demandons si cet ensemble ne correspond pas à une syphilis méconnue, pulmonaire et costale : l'examen du sérum montre quelques jours après une réaction fortement positive et le traitement mercuriel et arsenical, en 17 jours, du 9 au 26 septembre, guérit la syphilide du front, cicatrise les fistules costales, diminue les tuméfactions osseuses costales et frontales (mais laissant des hyperostoses) et fait disparaître les troubles pulmonaires : l'auscultation ne montra plus que l'affaiblissement respiratoire par sclérose et diminution du champ respiratoire : le malade engraisse et reprend bonne mine. Il sort, pratiquement guéri, le 9 novembre 1918.

AUTRES VISCÈRES

La possibilité de syphilis traumatique de n'importe quel viscère est indéniable, mais certains organes siègent dans des régions qui donnent peu de prise au traumatisme.

Il convient d'attirer l'attention, avec Bernard, « sur des traumatismes qui pourraient porter sur la région hépatique, lorsque le foie est atteint par le virus syphilitique ou bien profondément « touché » par les arsénobenzènes ».

Il en est de même pour les reins et la rate.

PATHOGÉNIE DE LA SYPHILIS TRAUMATIQUE

Nous ne ferons que rappeler la théorie de Verneuil basée sur la notion du *locus minoris resistentiae* : les traumatismes créent des lieux de moindre résistance, où se localise le tréponème. Ce n'est là qu'une notion générale.

Trois théories classiques tentent d'expliquer le processus de la syphilis traumatique : celles de Pasini, de Simon et de Milian.

Pasini apporte une interprétation biologique ; le tissu cicatriciel, tissu de néoformation, n'a pas d'immunité contre le spirochète : celui-ci s'y développe électivement.

La théorie de Clément Simon est une théorie bactériologique ; il n'y a de syphilis traumatique que si le trauma atteint un tissu où vivaient des tréponèmes : le traumatisme réveille leur virulence. C'est la notion du microbisme latent appliquée à la syphilis.

Clément Simon base sa théorie sur la fréquence de la syphilis traumatique osseuse, « la moelle des os étant l'habitant le plus fréquent du tréponème dans les périodes latentes de la syphilis ».

Mais nous avons montré que la syphilis traumatique viscérale — encore méconnue par nombre d'au-

teurs — est au moins aussi importante que la syphilis traumatique tégumentaire et osseuse, et qu'elle n'est plus rare que parce qu'elle est plus profonde. (Est-il besoin de rappeler qu'elle reste rare dans son ensemble ? Faut-il faire allusion à « l'ouïe virulente » de Ricord ? On déduit aisément du nombre des syphilitiques et du nombre des traumatisés, « l'abondance des syphilitiques traumatisés sans résultat » — pour reprendre le mot de Barthélemy).

Cependant, dans le cas de syphilis splachnique, l'explication de Clément Simon reste valable ; tous les tissus peuvent recéler le tréponème : l'expérimentation l'a prouvé (Neumann, Unna, Schneider, etc.).

Toutefois, nous avons relaté des cas de syphilis post-traumatique développée sur des organes traumatisés avant l'infection luétique (notamment au niveau du système nerveux central). La théorie de Clément Simon ne les explique pas.

La théorie de Milian est une théorie mécanique : la localisation des accidents spécifiques au point traumatisé est due, par la « gêne de la circulation capillaire », à la stase microbienne en ce point.

Cette théorie suppose qu'il existe toujours, à l'époque du traumatisme, une septicémie tréponémique.

Or, les accidents de syphilis traumatique sont surtout nombreux à la phase tertiaire et, à ce stade, il n'y a plus que des septicémies passagères. Il faudrait que le traumatisme coïncidât avec une poussée septicémique. Condition réalisable, certes, mais condition d'exception.

Il n'en est plus de même en période secondaire, stade où la septicémie est de règle.

Yokota et Kliyorchy, en traumatisant le testicule d'un lapin auquel ils avaient préalablement injecté des spirochètes, ont fait apparaître des lésions syphilitiques du testicule. Une syphilis traumatique se développe au point lésé, où la circulation capillaire est — on l'imagine sans peine — gênée ou obstruée.

Ceci nous expliquerait la localisation d'une spécificité contractée après un trauma — c'est un cas exceptionnel, nous l'avons souligné — au point cicatriciel, où, en raison du bouleversement de la trame tissulaire, des brides fibreuses, la circulation est entravée, ralentie.

Peut-être faudrait-il attribuer à un même mécanisme hématogène, la détermination d'une syphilis traumatique par une poussée hypertensive ou congestive, accumulant dans un organe des tréponèmes.

Nous voulons parler de ces « traumatismes internes », de ces « chocs » qui peuvent résulter, par exemple, d'une commotion, d'un coït, d'une érection provoquant une hypertension subite, d'un accès de fièvre palustre.

Pour Barthélemy, « ces traumatismes d'un genre particulier seraient susceptibles de provoquer des localisations de la syphilis au cœur, au cerveau, à la moelle épinière ».

Quelle théorie adopter en définitive ? Mme July, dans sa thèse, a opté pour celle de Pasini ; Eliet, dans la sienne, a préféré celle de Milian. Nous ne pensons

pas qu'il faille considérer la syphilis traumatique d'un point de vue uniciste.

Elle peut se développer en un point où végétaient des tréponèmes (théorie de Clément Simon) : ce sont des cas de syphilis latente réveillée par le trauma sur lesquels nous avons eu l'occasion d'insister ; elle peut, en période septicémique, se développer par stagnation bactérienne au point lésé (théorie de Milian) ; elle peut s'observer en période non septicémique, parce que le tissu lésé est un *locus minoris resistentiae*, qui ne se défend pas contre le tréponème (théorie de Verneuil-Pasini).

Le cas majeur que nous avons rapporté : l'observation d'orchio-épididymite traumatique de notre Maître Basch, « milite », suivant l'expression de l'auteur, en faveur de la thèse de Clément Simon (la manifestation de syphilis traumatique survient quand le trauma vient frapper des tissus où vivaient des tréponèmes). Les conditions se trouvent réalisées au premier chef dans la syphilis héréditaire. On sait, depuis Fournier, que le testicule représente pour le tréponème un tissu d'élection où il peut subsister silencieusement. « Il n'y a pas d'exagération à dire, précise Fournier, que le sarcocèle spécifique a toute liberté d'échéance dans l'hérédo-syphilis. Elle peut y faire son apparition à tout âge ».

La théorie de Clément Simon prend, semble-t-il, plus de valeur, à la période tertiaire où, nous l'avons dit, le facteur septicémique est devenu plus rare, mais où l'immunité s'est considérablement amoindrie, où la revivacité du germe est plus facile.

SYPHILIS TRAUMATIQUE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le traumatisme professionnel pouvant être le point de départ d'une syphilis traumatique — nos observations en relatent des cas typiques — un problème social de haute importance se pose.

Ce sont les cas de syphilis traumatique cutanée et osseuse qui, évidemment, sont le plus souvent en cause : mais les cas de syphilis viscérale, résultat de blessures plus profondes, ont une importance encore accrue.

Il nous semble que le praticien doit abandonner aussi bien les dissertations pathogéniques que les discussions juridiques, toujours fort longues, et n'apportant généralement que des conclusions discutables. Sa conduite doit être avant tout pratique — comme il est logique en présence d'un accident — réglée par quelques principes bien définis :

1° Rechercher la spécificité chez tout traumatisé (interrogatoire confirmé par la réaction de Wassermann) ;

2° Si elle existe, l'avis du médecin (quant à l'incapacité de travail, à l'indemnité d'accident, au degré

d'invalidité, etc. (1), doit être d'emblée réservé : il faut suivre le malade.

Pendant combien de temps faudra-t-il le garder en observation ?

On a fixé un temps minimum : un intervalle de 10 à 12 jours entre le trauma et l'apparition des symptômes spécifiques, est le critère de la syphilis traumatique.

On ne peut fixer le temps maximum : la période d'attente sera en règle de quelques semaines à quelques mois (suivant la région traumatisée, les processus évolutifs, la phase de la syphilis, etc.). Nous avons cité des cas de syphilis cérébrale, de paralysie générale en particulier, dont les manifestations se sont produites plusieurs années après le trauma (Fournier admet une marge de trois à cinq ans).

Dans le cas de traumatismes du crâne, le médecin doit donner, avec un pronostic réservé, un diagnostic d'attente à l'expiration du délai normal : le malade devra toujours pouvoir se mettre en rapport avec le médecin (ou le centre médical) s'il constate l'apparition de nouveaux symptômes.

Il est évident que le traumatisme ayant déclenché toutes les manifestations, il doit être jugé comme seul en cause. Nous n'avons pas à discuter une question résolue puisque « la loi impute à l'accident une lésion syphilitique survenue sur une lésion traumatique » (se référer aux décisions de la Cour de Cassation). Mais nous avons voulu avertir le médecin,

(1) Se référer à la Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

afin que son client puisse bénéficier de tous les avantages de la loi.

Une question plus difficile peut cependant être posée : celle où la syphilis a été contractée postérieurement à l'accident.

Watrazewsky a cité, dans des syphilis contractées à la suite de blessures du crâne, l'apparition de manifestations cérébrales graves presque dès le début de la syphilis.

Là encore, « la responsabilité de l'accident doit jouer », comme l'admet Sand, et le Professeur Thibierge estime qu'il doit en être ainsi « dans un délai de six mois à dater de l'apparition du chancre ».

Il subsiste cependant, dans la loi, une grave lacune : « les petits traumatismes professionnels répétés ne sont point des accidents du travail aux termes de la loi » : nous avons montré quelle importance peuvent avoir les microtraumatismes réitérés dans la genèse d'une syphilis traumatique.

CONCLUSIONS

I. — Notre étude a porté sur le rôle que peut jouer le traumatisme dans l'apparition ou l'aggravation du processus syphilitique. Nous avons envisagé successivement :

a) LE TRAUMATISME DANS LA SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX : dans le tabes, la paralysie générale, les myélites d'Erb : le traumatisme peut révéler une spécificité latente, intensifier ou hâter l'évolution d'une syphilis connue ; cette constatation est vraie, que le trauma soit antérieur à la contamination — cas le plus fréquent — ou postérieur à celle-ci. Quelques observations permettent de faire intervenir le traumatisme dans la genèse de certaines psychoses.

b) LE TRAUMATISME CHIRURGICAL intervient de façon moins nette et peut déterminer, dans des cas très rares, une généralisation syphilitique.

c) LE TRAUMATISME VASCULAIRE est exceptionnellement susceptible de localiser une syphilis sur l'aorte.

d) LE RÔLE DU TRAUMATISME OBSTÉTRICAL a été mis en lumière par les travaux de Couvelaire, Lantuéjoul, Hutinel et Baudoin ; si son rôle paraît capital

dans la genèse de la sclérose cérébrale infantile, le syndrome de Little, l'épilepsie, la débilité mentale, il n'en est pas moins vrai, qu'à traumatisme égal, ses conséquences sont bien plus funestes quand les vaisseaux sont antérieurement fragilisés par une hérédosyphilis.

e) LA SYPHILIS TESTICULAIRE a retenu spécialement notre attention ; une observation récente, inédite, de notre Maître Basch, est particulièrement démonstrative : prouvant de façon éclatante le rôle localisateur du traumatisme dans une syphilis latente, totalement ignorée.

f) LA SYPHILIS PULMONAIRE est admirablement illustrée par l'observation du Professeur Gougerot.

II. — Nous nous rallions, du point de vue pathogénique, à une conception éclectique — conciliant les théories de Milian, de Clément Simon et de Pasini — seule capable, à notre avis, d'expliquer la multiplicité des faits dont relève la syphilis traumatique splanchnique : la localisation des accidents spécifiques est due, suivant les cas : à la stase microbienne par gêne de la circulation capillaire, en période septicémique ; à l'absence d'immunité des tissus néoformés vis-à-vis du tréponème dont la virulence est exacerbée au point traumatisé.

III. — Le point de vue médico-légal très intéressant en la matière est dominé par la notion prépondérante de l'accident et la grande réserve à observer,

spécialement dans les traumatismes du système nerveux.

IV. — De notre étude enfin ressort l'importance du facteur traumatique dans la syphilis organique dont la connaissance permettra d'instituer sans retard un traitement antisyphilitique.

Vu :

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer .

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Syphilis et Accidents du travail. (*Ann. de Méd. lég.*, Paris, 1879).
- BASCH (G.). — Histoire d'une orchio-épididymite. (*Petite Clinique de la Presse médicale*, 1934).
- Syphilis méconnue à localisations multiples. (*Presse Médicale*, n° 40, 18 mai 1935).
- BERNARD. — Syphilis traumatique et accidents du travail.
- BAUER (Richard). — Sur l'action du spirocide dans les affections viscérales méta-syphilitiques. (*Revue du Progrès thérapeutique*, N° 2, février 1930).
- CHALEIX. — Réveil diathèse syphilitique par un traumat. (*An. de Méd. Bordeaux*, 1885, VI, XV, 571, 573).
- COMBENALE et FEDON. — Traumatisme réveillant une syphilis ignorée. (*Union Méd.*, Paris, 1887).
- COUTELA. — Arthrite syphilitique par traumatisme. (*XI^e Congrès Méd. lég. de Paris*, 1926).
- COUVELAIRE, LEREBoullet et LACOMME. — Etudes sur la mortalité précoce des nouveau-nés. (*Le Nourrisson*, janvier et mai 1932).
- CONSTANTINO (S.). — Sulla sifilide viscerale tardiva congenita. (*Morgagni*, 74, 763, 772, June 12 : 1932).
- DAUWE (F.). — Proportion des syphilis nerveuses et viscérales dans la médecine interne. (*Bull. Soc. roy. de méd. de Gand*, 12 : 164-172, juin 1933).
- DE STELLA. — *Bull. Soc. Belge d'O.-R.-L.*, 401, 1932.

- DREYER — Syphilis und Trauma. (*Monatschrift für Unfallheit*, Leipzig, 1899, R. 361, 367).
- DUVOIR. — *Ann. d'Hygiène publique et de Méd. lég.*, avril 1913.
- ELIET (G.). — Contribution à l'étude de la syphilis traumatique (téguments, os, articulations). (*Thèse Paris*, 1926).
- FOUQUET. — La syphilis du cœur et des vaisseaux. (Paris, 1924).
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, tome II, fasc. I.
- FROISSART. — La paralysie générale post-traumatique, 1907.
- GARRIDO LESTACHÉ. — Traumatisme et syphilis de l'enfance. (*Pediatría Espanola*, février 1921).
- GÖCKERMANN. — Effets de traumatisme chirurgical chez les syphilitiques. (*Surg. Gynéc. obst.*, 40, 1925, p. 77).
- GAUDIER et MINET. — Blessures de guerre et syphilis. (*Médecin Français*, XVII, 1924, p. 117).
- GOUBEAU. — Traumatisme et syphilis. (*Soc. de Méd. de Paris*, 1919-1920, p. 332).
- GOUGEROT. — Contribution à l'étude des syphilis post-traumatiques. (*Ann. des Mal. vénér.*, XVIII, 1923).
- Syphilis viscérales éveillées par une infection aiguë. Processus aigu mixte puis processus chronique, mixte ou syphilitique. (*Paris Médical*, n° 10, 5 mars 1927, p. 222).
- Les reliquats cicatriciels de la syphilis viscérale. Epilepsie résiduelle après guérison de la paralysie générale progressive. (*Paris Médical*, n° 9, 2, mars 1929, p. 209).
- GOUGEROT et CLARA. — *Journal Médical Français*, VII, déc. 1918.
- GRENET, LEVENT et PELISSIER. — Les syphilis viscérales tardives. (Masson et C^{ie}, éditeurs, 1927).

- HUET (P.). — Importance du traumatisme obstétrical comme facteur étiologique des encéphalopathies de l'enfance. (*Thèse Paris*, 1932).
- JEANSELME. — Traité de la syphilis, tome V, fasc. II ; tome I, VI.
- JEANNOT. — Opérations chirurgicales chez les syphilitiques, Paris, 1885.
- JULY (Mme). — Syphilis traumatique, téguments et os. (*Thèse Paris*, 1925).
- MILIAN. — Syphilis et accidents du travail. (*Progrès Médical*, octobre 1908).
- *Bull. Soc. fr. Dermat. et Syph.*, 13 mars 1926.
- MARCHAND et COURTOIS. — Les encéphalites psychosiques, 1935.
- MOURE et GELIN. — Article : Syphilis et traumatisme. (*Traité de la syphilis de Jeanselme*).
- PASINI. — Siflide e trauma. (*Giorn. Ital. Mal. vener. et della Pelle*, 1921, fasc. 2).
- BARTHÉLEMY (R). — La syphilis post-traumatique. Leçon faite à la clinique du Professeur Gougerot, 24 janvier 1929. (*Archives dermato-syphiligraphiques*, t. I, fasc. II, pp. 277-307).
- Nouvelle contribution à l'étude des manifestations syphilitiques post-traumatiques (accidents du travail notamment). (*Ann. des Mal. vénér.*, n° 8, août 1933).
- SIMON (Cl.). — Note sur la syphilis traumatique. (*Bulletin Médical*, juin 1921).
- Questions actuelles de syphiligraphie (Vol., 1926).
- THIBIERGE (G.). — Traumatismes et syphilis cutanées. (*Gaz. Hôp.*, n° 5, janvier 1925).
- THOINOT. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, 1904.
- URECHIA et GOLDENBERG. — *Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôp.*, 1928.

- VERGET. — Les tabès et les accidents du travail. (*Rapport au Congrès de Méd. légale*, 1914).
- VILLARET et BOUDET. — *Montpellier Médical*, 1917.
- VERNEUIL. — Plaies chez les syphilitiques. (*J. Méd. et Chir. pratiques*, Paris, 1877, 110).
- VIGNES et BLECHMANN. — Les prématurés, 1933.

